

Revisionsrapport

Hemsjukvårdsreformen - demenssjukvården

*En samverkansgranskning
mellan revisorerna i
Region Östergötland
Linköpings kommun,
Mjölby kommun,
Åtvidabergs kommun*

Margaretha Larsson
Malou Olsson

2016-03-18

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Syfte, revisionsfråga och kontrollområden	4
1.3. Revisionskriterier	4
1.4. Avgränsning.....	5
1.5. Metod.....	5
2. Resultat	7
2.1. Kort om demens	7
2.2. Hemsjukvårdsreformen i korthet.....	7
2.3. Finns fungerande rutiner i vårdkedjan?	8
2.4. Fungerar informationsöverföring mellan aktörerna?	12
2.5. Finns fungerande samverkan mellan aktörerna?	13
2.6. Finns fungerande kompetensutveckling/kunskapsstöd?	14
2.7. Följs vårdkedjan upp och utvärderas?	15

Sammanfattning

Regionens revisorer har genomfört en förstudie avseende hemsjukvårdsreformen som januari 2014 genomfördes i Östergötland. Av förstudien framgår att reformen till stor del har påverkat vårdkedjan för personer med demenssjukdom, då regionen och kommunerna i länet valde att överföra stora delar av demensutredningen till kommunerna. Förstudien pekar på att det kan finnas risker i till exempel samverkan i vårdkedjan.

En väl fungerande vårdkedja är en förutsättning för att uppnå syftet med hemsjukvårdsreformen. Vård av äldre i samverkan mellan kommunerna och Region Östergötland har varit i fokus under lång tid utifrån bland annat säker vård.

De förtroendevalda revisorerna i Region Östergötland, Linköpings kommun, Mjölby kommun och Åtvidabergs kommun har utifrån förstudiens iakttagelser och i sin risk- och väsentlighetsanalys funnit skäl att granska effekterna av hemsjukvårdens kommunalisering och har gett PwC uppdraget att genomföra granskningen.

Granskningen avser besvara revisionsfrågan:

- ***Fungerar vårdkedjan för demenssjukvård på ett tillfredsställande sätt?***

Vår revisionella bedömning och svar på den övergripande revisionsfrågan är att vårdkedjan för demenssjukvård inte fungerar på ett helt tillfredsställande sätt.

Grunden till vår bedömning hämtar vi i de kontrollområden som redovisas nedan.

Finns fungerande rutiner för vårdkedjan?

Vår bedömning är att det på övergripande nivå finns rutiner som i allt väsentligt stödjer och reglerar processerna i vårdkedjan. Det finns dock i vårdprocessprogrammen avvikelser från Region Östergötlands övergripande vårdprogram för demens samt skillnader mellan de olika länsdelarna. Detta kan försvåra för vårdgivaren när det gäller att säkerställa följsamhet till aktuella regelverk och vård på lika villkor.

Avtalsefterlevnad behöver följas upp löpande och kan enligt vår uppfattning vara en del av ansvarig nämnds internkontroll.

Överlag saknas i kommunerna skriftliga direktiv och rutiner i enlighet med (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården vilket enligt vår bedömning inte är tillfredsställande. Med bristande rutiner kring remisshantering riskeras patientsäkerheten och exempelvis kan upprätthållande av vårdgarantin försvåras.

Respektive kommun som ingått i granskningen behöver som ansvarig vårdgivare utarbeta och fastställa rutiner för remisshanteringen i enlighet med (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården.

Fungerar informationsöverföringen mellan aktörerna?

Oavsett vilket dokumentationssystem som används måste informationsöverföring fungera och det finns enligt vår bedömning behov av att finna och utveckla fungerande rutiner för dokumentation och informationsöverföring.

Det är inte tillfredsställande att informationsöverföring inte sker enligt fastställda rutiner. Följsamhet till fastställda rutiner kring informationsöverföring, likväl på övergripande nivå som på verksamhetsnivå, behöver enligt vår bedömning säkerställas.

Finns fungerande samverkan mellan aktörerna?

Det finns enligt vår bedömning forum och förutsättningar för en ändamålsenlig samverkan både på övergripande och verksamhetsnära nivå.

I allt väsentligt finns rutiner och processbeskrivningar som enligt vår bedömning stödjer och underlättar samverkan kring enskilda patienter under förutsättning att dess följs. Enligt intervjuerna framkommer att samverkan överlag fungerar bra.

Finns fungerande kompetensutveckling/kunskapsstöd?

Det finns former och förutsättningar för kunskapsstöd och kontinuerlig kompetensutveckling genom nära samverkan i multiprofessionella team och personkännedom. Vidare finns tillgång till konsultativt stöd och handledning av läkare och sjuksköterska från specialiteterna inom Region Östergötland.

Följs vårdkedjan upp och utvärderas?

Vår bedömning är att kontinuerlig uppföljning och utvärdering i förhållande till gällande avtal och vårdprogram överlag inte är tillfredsställande i respektive organisation. Positivt är dock att uppföljningar är på gång både via FoU- centrum för vård, omsorg och socialt arbete och att hälso- och sjukvårdsnämnden, Region Östergötland, i sin verksamhetsplan 2015, har ett utredningsuppdrag kring demensvården

Det är enligt vår bedömning inte tillfredsställande att ingen registrering i kvalitetsregistret SveDem skett de senaste åren. Detta trots att det tydligt framgår av regionens övergripande vårdprogram att det är en del i en komplett demensutredning. Vidare är det förtydligt och framgår i ”Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland”.

Utifrån granskningens resultat och våra iakttagelser vill vi lämna följande rekommendationer:

- Den grundläggande ansvarsfördelningen behöver ses över i förhållande till aktuellt vårdprogram så att alla parter får samma förutsättningar i förhållande till gällande överenskommelse avseende hemsjukvårdsreformen. I dag finns skillnader i till exempel vårdprocessprogrammen som saknar stöd i det övergripande vårdprogrammet.
- Vårdprocessprogram och beslutade rutiner behöver bli kända och tillämpas i respektive organisation.
- Informationsöverföringen mellan vårdnivåer behöver säkerställas. Dokumentationsrutiner och behörigheter behöver formaliseras.
- Avtalsefterlevnad behöver följas upp löpande och kan enligt vår uppfattning vara en del av respektive organisations ansvariga organ, nämnd eller styrelses internkontroll.
- Rutiner avseende remisshantering behöver utarbetas i samtliga granskade kommuner i enlighet med gällande författning från Socialstyrelsen (SOSFS 2004:11), avseende ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården.
- Lokala lösningarna med systembehörighet behöver ses över.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Den 20 januari 2014 genomfördes hemsjukvårdsreformen i Östergötland och kommunerna övertog därmed ansvaret för större delen av hemsjukvården.

Enligt regionens intranät är syftet med reformen att den som bor hemma ska få en bättre och mer sammanhållen vård och omsorg samt att ge utföraren en bättre helhetsbild av patientens/brukarens behov.

Regionens revisorer har genomfört en förstudie. Av förstudien framgår att reformen till stor del har påverkat vårdkedjan för personer med demenssjukdom, då regionen och kommunerna i länet valde att överföra stora delar av demensutredningen till kommunerna. Förstudien pekar på att det kan finnas risker i till exempel samverkan i vårdkedjan.

En väl fungerande vårdkedja är en förutsättning för att uppnå syftet med hemsjukvårdsreformen. Vård av äldre i samverkan mellan kommunerna och Region Östergötland har varit i fokus under lång tid utifrån bland annat säker vård.

År 2010 tog Socialstyrelsen fram nationella riktlinjer för demenssjukdomar. Av riktlinjerna framgår att demensutredning anses som en viktig del för diagnos och adekvat behandling. Vidare framgår att nästan hälften av alla som är över 90 år eller äldre har en demenssjukdom och att andelen äldre kommer att öka kraftigt efter år 2020. Enligt riktlinjerna går det som regel inte att bota demenssjukdom utan syftet är att underlätta vardagen och ge en så god livskvalitet som möjligt under sjukdomens olika skeden.

Med hänsyn till ovanstående och revisorernas riskbedömning har revisorerna i Region Östergötland och kommunerna Linköping, Åtvidaberg och Mjölby beslutat att genomföra en granskning inom området.

1.2. Syfte, revisionsfråga och kontrollområden

Syftet med granskningen är att besvara revisionsfrågan:

Fungerar vårdkedjan för demenssjukvård på ett tillfredsställande sätt?

Bedömningen av tillfredsställande sätt görs utifrån följande kontrollområden:

- Finns fungerande rutiner för vårdkedjan (delprocesser, följsamhet, kulturell språklig bakgrund, anhöriga)?
- Fungerar informationsöverföringen mellan aktörerna (rutiner/hur, vad, vem)?
- Finns fungerande samverkan mellan aktörerna (organisation, resultat)?
- Finns fungerande kompetensutveckling/kunskapsstöd (rutiner)?
- Följs vårdkedjan upp och utvärderas (organisation/vem, vad, hur, kvalitetsregister och verifiering)?

1.3. Revisionskriterier

Bedömningen av kontrollområdena har gjorts utifrån följande revisionskriterier:

- ✓ Vårdprocessprogram

- ✓ ”Avtal mellan Landstinget och kommunerna i Östergötlands län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende”. Till avtalet finns ”Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland”.
- ✓ Nationella Riktlinjer för demensvård (2010)
- ✓ Nationell utvärdering för vård och omsorg vid demenssjukdom (SoS 2014)
- ✓ (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården.
- ✓ SveDems Årsrapport
- ✓ Patientdatalag (2008:355)

1.4. Avgränsning

Granskningen avgränsas till att omfatta vårdkedjan för demenssjukvård i ordinärt boende då merparten av personer med demenssjukdomar får vård där. Granskningen har skett i samverkan mellan revisorerna i Region Östergötland och Linköping, Mjölby och Åtvidabergs kommuner för att kunna granska hela vårdkedjan. I samverkansprojektet ingår följande vårdcentraler:

- Vårdcentralen Ekholmen (Närsjukvården i centrala Östergötland)
- Vårdcentralen Nygatan (Närsjukvården i centrala Östergötland)
- Vårdcentralen Åtvidaberg (Närsjukvården i centrala Östergötland)
- Vårdcentralen Mjölby (Närsjukvården i västra Östergötland)

Urval av vårdcentraler har gjorts utifrån kriterierna andel äldre över 80 år och anslutning till kvalitetsregistret för demensvård, SveDem 2013-12-31.

Med anledning av att ingen registrering skett har vi i granskningen inte kunnat fullt ut följa den ursprungliga projektplanen avseende att följa och verifiera delprocesser i vårdkedjan för ett antal patienter i kvalitetsregistret SweDem.

1.5. Metod

Granskningen har genomförts genom studier av relevant dokumentation såsom avtal för hemsjukvårdsreformen, vårdprogram och lokala vårdprocessprogram samt respektive verksamhets styrdokument, överenskommelser, rutiner och statistik.

Intervjuer har genomförts med läkare och chef på respektive vårdcentral som ingått i granskningen. På minnesmottagningen vid Universitetssjukhuset i Linköping har överläkare och sjuksköterska intervjuats. Vidare har en hälso- och sjukvårdsstrateg inom Region Östergötland intervjuats.

Inom respektive kommun har följande intervjuats:

- Förvaltningschefer och verksamhetsansvariga chefer
- Demenssjuksköterskor (eller motsvarande),
- Arbetsterapeuter
- Medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS)
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR)

Totalt har cirka 30 personer intervjuats och granskningens iakttagelser har stämts av med ansvariga chefer på övergripande nivå inom respektive organisation.

En muntlig avrapportering genomfördes i januari 2016 där samtliga revisorer från regionen och berörda kommuner inbjöds. Rapporten har faktaavstämts med intervjuade.

2. Resultat

2.1. Kort om demens

Demens kommer från latinets ”de” som betyder utan och ”mens” som står för sinne eller förstånd och är ett så kallat syndrom, det vill säga en samling symtom. Demens innebär en kognitiv reduktion som är så allvarlig att det kan innebära en påtaglig eller invalidiserad oförmåga till ett normalt liv. Demens brukar ofta kallas de anhörigas sjukdom eftersom familj och vänner med nära kontakt till den sjuka ofta i hög grad brukar påverkas.

Demenssjukdomar drabbar främst äldre personer. I Sverige har ungefär åtta procent av alla personer som är 65 år eller äldre någon form av demenssjukdom. Alzheimers sjukdom är den vanligaste formen. Demenssjukdomar orsakas av en hjärnskada och symptomen kan se olika ut beroende på var i hjärnan skadan finns. De utvecklas ofta långsamt och vanliga symtom är att det sker en gradvis försämring av korttidsminnet, språket och tidsuppfattningen. Risken att få en demenssjukdom är större ju äldre en person är, men även yngre personer (under 65 år) drabbas. I Sverige uppskattas antalet yngre personer med demenssjukdom till cirka 8 000–9 000, varav merparten är 60–65 år.

Det går som regel inte att bota en demenssjukdom, utan hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens åtgärder inriktas på att lindra symtom och att på olika sätt kompensera för de funktionshinder som personen drabbas av. Syftet med all vård och omsorg är att underlätta vardagen och hjälpa till att skapa en så god livskvalitet som möjligt för personen med demenssjukdomen.

Nationella riktlinjer ger rekommendationer utifrån evidensbaserad kunskap men också utifrån erfarenhet om vilka metoder och behandlingar som är mest effektiva. Riktlinjerna ger alltså underlag för hur vården och socialtjänsten bör fördela sina resurser. Rekommendationerna beskriver vad hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör göra. Riktlinjerna är alltså inte bindande, men utgör starka rekommendationer om vilket stöd och vilken vård och omsorg som bör erbjudas till personer med demenssjukdom och dess närstående. Demensvården har hög prioritet både nationellt, regionalt och lokalt.

2.2. Hemsjukvårdsreformen i korthet

Syftet med hemsjukvårdsreformen är att den som bor hemma ska få en bättre och mer sammanhållen vård och omsorg. I Östergötland trädde hemsjukvårdsreformen i kraft under januari 2014.

Hur gränsdragningen mellan huvudmännen ser ut och vilken hälso- och sjukvård som överförs till kommunerna skiljer sig åt mellan olika regioner/landsting i landet. Den generella grundprincipen i Region Östergötland är att den som behöver hälso- och sjukvård i första hand ska vända sig till den vårdcentral som man är listad på. Det är behovet av hälso- och sjukvård som avgör ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. En medicinsk bedömning måste alltid ligga till grund för beslutet och ansvaret kan över tid växla mellan huvudmännen, beroende på patientens behovsbild. Vid behov av hemsjukvård vägleder tröskelprincipen vilket innebär att personer som kan ta sig till vårdcentral/mottagning får hälso- och sjukvårdsinsatser från regionen och hälso- och sjukvård i hemmet är förbehållet dem som av hälsoskäl inte kan ta sig till vårdcentral/mottagning.

Den som har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet får hälso- och sjukvårdsinsatser av kommunen. I vissa fall kommer det att finnas anledning att göra undantag från tröskelprincipen. Undantag görs ur patientnyttoperspektiv och/eller patientsäkerhetsperspektiv samt med hänsyn tagen till samhällsnyttan. Bedömningen görs av patientansvarig vårdgivare, är beroende av den aktuella situationen och kan innebära att hembesök görs vid särskilda tillfällen hos en patient som normalt besöker vårdcentral/mottagning.

Undantag kan göras då personens sjukdom eller funktionsnedsättning motiverar avsteg från de grundläggande principerna eller om synnerliga skäl föreligger. Gränssnittsdokument och den enskildes vård- och rehabiliteringsplan är styrande för ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Ett synnerligt skäl kan till exempel vara social situation, psykisk ohälsa, smittsamhet, nedsatt immunförsvar eller behov av medicinsk behandling kvälls- och natttid. Bedömningen är beroende av den aktuella situationen och utgår ifrån vad som är bäst för den enskilde patienten. Det kan innebära att hembesök görs vid enstaka tillfällen eller under en sammanhängande tidsperiod hos en patient som annars besöker vårdcentral/mottagning.

I Östergötland har undantag från tröskelprincipen beslutats avseende utredning av patient med minnesstörning. Läkare på vårdcentral har det övergripande medicinska ansvaret och ansvarar därmed för utredning, diagnos, eventuell medicinsk behandling samt uppföljning. Vissa delar i utredningen och uppföljningen av insatt behandling utförs i kommunen efter remittering från ansvarig läkare. Vid behov av mer ingående utredning remitteras till specialistsjukvård inom landstinget. Det kan t.ex. vara geriatrisk klinik och dess minnesmottagning, neurologmottagning eller rehabiliteringsmedicinsk klinik.

2.3. Finns fungerande rutiner i vårdkedjan?

Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen regleras i "Avtal mellan Landstinget och kommunerna i Östergötlands län om överlåtelse av skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård i ordinärt boende". Till avtalet finns "Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland". Den praktiska anvisningen vänder sig till all hälso- och sjukvårdspersonal oavsett huvudman. Ambitionen är att underlätta samverkan genom att skapa ett vägledande dokument som tydliggör ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting, utifrån hemsjukvårdsavtalet. I dokumentet finns förtydliganden av avtalstexter, lättillgänglig information och rutinbeskrivningar om ansvarsfördelningen.

Enligt "Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland" finns möjlighet att komplettera med lokala rutiner och överenskommelser inom ramen för det som anges i avtalet.

På övergripande nivå i regionen finns riktlinjer för styrande dokument som vägleder i framtagning, publicering och implementering av dokument som avser styrning av medicinska eller administrativa flöden inom regionen. Med styrande dokument menas dokumentation som anger krav kopplade till olika aktiviteter, till exempel rutin- eller processbeskrivningar eller till resultatet av en process. Inom all verksamhet finns behov av dokument för styrning, normgivning och som stöd för olika processer. Dokumenten kan gälla såväl inom regionen, delar av regionen och över huvudmannagränser.

"Vårdprogram för Basal kognitiv utredning Östergötland" är ett övergripande styrdokument och har funnits i mer än 10 år och har reviderats årligen. Vårdprogrammet är baserat på Socialstyrelsens samt Läkemedelsverkets riktlinjer. Vårdprogram är evidens- och kunskapsbaserade riktlinjer och beskriver främst hur vård/behandling av olika sjukdomsgrupper ska genomföras.

Utifrån det övergripande vårdprogrammet har tre vårdprocessprogram tagits fram inom regionen. Arbetet med de olika vårdprocessprogrammen har skett i samverkan med kommunerna.

Vi har i genomförd granskning analyserat vårdprocessprogrammen avseende likheter och olikheter i förhållande till övergripande regelverk samt hur följsamheten är. Vi kan i denna jämförelse konstatera att det finns skillnader avseende att tydliggöra ansvarsfördelning.

Närsjukvården i centrala Östergötland	Närsjukvården i västra Östergötland
Linköpings och Åtvidabergs kommuner finns här	Mjölby kommuns finns här
Diagnos och utredning	
Läkare leder demensutredningen och sätter diagnos. Multiprofessionella team med läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut verkar både i utredningsdelen och i utformningen/ initieringen av vård- och omsorgsinsatser. Efter hemsjukvårdreformens genomförande 2014 är kommunen huvudman för sjuksköterska och arbetsterapeut i teamet. <i>Sjuksköterskan bör vara den som har en samordnande funktion under hela vårdprocessen.</i>	Läkare initierar och ansvarar för demensutredningen samt sätter diagnos. Multiprofessionella team med läkare, sjuksköterska och arbetsterapeut verkar både i utredningsdelen och i utformningen/initieringen av vård- och omsorgsinsatser. Efter hemsjukvårdreformens genomförande 2014 är kommunen huvudman för sjuksköterska och arbetsterapeut i teamet. Sjuksköterskan bör vara den som har en samordnande funktion under hela vårdprocessen. <i>Sjuksköterskan har den samordnande funktionen under vårdprocessen.</i>
Uppföljning	
Patienten med nyinsatt demensläkemedel bör följas upp efter 3-4 veckor utifrån eventuella biverkningar samt dosering. Även för de patienter som inte fått insatt medicinsk behandling bör en avstämning göras efter en månad för att fånga upp frågor och funderingar hos patienten och/eller närstående. Uppföljning för samtliga patienter med demensdiagnos ska ske inom 6 månader efter diagnostillfället, sedan årligen.	Uppföljningssamtal av sjuksköterska 1-2 v efter diagnos. Insatt behandling följs upp utifrån fastställd checklista Uppföljning av sjuksköterska/ arbetsterapeut ska ske efter 6 mån därefter årligen av hälso- och sjukvårdsinsatser samt registrering i SveDem. Därefter årligt läkarbesök inklusive läkemedelsgenomgång och uppföljning av socialtjänstens insatser görs av biståndshandläggare

Enligt de intervjuade har respektive kommun utifrån de fastställda Vårdprocessprogrammen tillsammans med vårdcentralerna tagit fram rutiner och processbeskrivning för samverkan vid demensutredning och uppföljning.

Enligt avtalet för hemsjukvård och den tillhörande praktiska anvisningen har läkare på vårdcentral det övergripande medicinska ansvaret och ansvarar därmed för utredning, diagnos, eventuell medicinsk behandling samt uppföljning. Vissa delar i utredningen och uppföljningen av insatt behandling utförs i kommunen efter remittering från ansvarig läkare. Vid demensutredning behöver uppdraget överföras från läkare på vårdcentral till berörd personal i kommunen. Läkaren har utredningsansvar och ur vårdens synpunkt behöver en remiss skapas och en bevakningsfunktion aktiveras. Ett patientsäkert sätt att uppnå detta är att remiss skapas i Cosmics remissmodul, skrivs ut och överförs till kommunen i

pappersversion. Det blir därmed enkelt att bevaka att svar verkligen inkommer och samma rutiner kan användas för alla patienter som genomgår demensutredning. Enligt Socialstyrelsen är en remiss ”en handling om patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar”. Kommunerna i sin tur har då ansvar att agera som remissmottagare.

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2004:11) ”Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.” finns grundläggande krav på remisshanteringen. Bland annat framgår:

- att vårdgivaren¹ skall ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras. (§3)
- att verksamhetschefen på den remitterande enheten skall fastställa rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hanteringen av utgående remisser och inkommande remissvar. (§4)
- att verksamhetschefen på den mottagande enheten skall fastställa rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hanteringen av inkommande remisser och utgående remissvar. (§5)
- vad som ska anges i dokumenterade rutiner samt föreskrifter att personal med formell och reell kompetens för uppgiften ska bedöma remissvar, respektive bedöma och prioritera remisser (§§ 4 och 5).

Enligt de intervjuade finns praxis i respektive kommun hur inkommande remisser ska hanteras i kommunerna. Överlag saknas i kommunerna skriftliga direktiv och rutiner i enlighet med (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården.

I *Linköpings kommun* hanteras remisser via specifik enhet dit remisser skickas. Praxis finns beskrivet i flödesschema för uppföljning av patient med demenssjukdom som tagits fram i samverkan mellan Linköpings kommun och Region Östergötland.

Åtvidabergs kommun har under hösten i samverkan med vårdcentralen i Åtvidaberg tagit fram rutiner för vårdkedjan samt processen för utredning och uppföljning av patienter med demenssjukdom. Denna finns beskriven i ”Flöde för uppföljning av patient med demenssjukdom”.

I *Mjölby kommun* har enligt de intervjuade samverkan avseende demensvården mellan kommunen och Region Östergötland funnits sedan flera år tillbaka. Gemensamma riktlinjer arbetades fram under 2008 genom ett projekt med deltagare från bland annat Mjölby kommun och närsjukvården i väster. Enligt intervjuerna i kommunen och på vårdcentralen Mjölby har dessa riktlinjer reviderats i samband med hemsjukvårdsreformens införande. Vidare framkommer vid intervjuerna att arbetet med översyn och genomgång av samtliga processer pågår.

Sammantaget har samtliga kommuner vårdprocessen dokumenterad där arbetsprocesserna och till viss del ansvarsfördelning finns beskriven.

När det gäller ansvarsfördelningen avseende vårdprocessen anger avtalet att kommunens ansvar är att medverka i demensutredningar och uppföljningar, i enlighet med vårdpro-

¹ Vårdgivare, är en fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård i detta fall Region Östergötland, Linköping, Mjölby och Åtvidabergs kommuner

gram. Ansvarsfördelning mellan region och kommun avseende utredning finns tydligt beskriven i ”Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland”. Detta saknas dock för uppföljningsdelen vilket har medfört diskussioner och olika lösningar på verksamhetsnivå.

Enligt regionens vårdprogram bör patienten med nyinsatt demensläkemedel följas upp efter 3-4 veckor. Även för de patienter som inte fått insatt medicinsk behandling bör en avstämning göras efter en månad för att fånga upp frågor och funderingar hos patienten och/eller närstående. Därefter ska uppföljning ske efter 6 månader och därefter årligen.

Det har sedan hemsjukvårdsreformens införande varit stort tryck på kommunerna avseende demensvården vilket lett till långa väntetider. De intervjuade framför att utredningar och rutiner för detta prioriterats och att uppföljningsprocessen inte har bearbetats tillräckligt i verksamheterna.

Vid intervjuerna framkommer det att arbetsprocess och praxis kring uppföljning av patient med demensdiagnos skiljer sig mellan de tre granskade kommunerna. Även i region Östergötlands tre vårdprocessprogram finns skillnader som redovisats tidigare i rapporten. Gemensamt för samtliga verksamheter som ingått i granskningen är att de har identifierat problemet och att det pågår ett utvecklingsarbete inom området. Ett exempel som framkommer vid intervjuerna i kommunerna, är att de efter att utredningen är klar, önskar återkoppling från läkare avseende resultat av den samlade utredningen oavsett om patienten får en demensdiagnos eller ej.

Linköpings kommun har, enligt intervjuerna identifierat behovet av att utveckla och tydliggöra processen och ansvarsfördelningen avseende uppföljning. Regionen och kommunen har i samverkan tagit fram ett flödesschema för uppföljningsprocessen. Detta har testats i pilotprojekt under våren och sommaren 2015 och gäller samtliga från och med hösten 2015.

Mjölby kommun har, enligt de intervjuade, inte mäktat med uppföljningar som det önskas. De ser att de årliga uppföljningarna behöver förbättras. Förbättringsarbetet i samverkan med vårdcentralen pågår enligt de intervjuade hela tiden avseende översyn av rutiner på detaljnivå och hur avtalet skall tolkas. Bland annat har en återkopplingsblankett tagits fram som används i uppföljningen och som sänds till behandlande läkare inför det årliga läkarbesöket. Det finns även en blankett där ansvarig läkare återkopplar resultat av den samlade utredningen till kommunen.

Åtvidabergs kommun bygger arbetet, enligt intervjuerna, mer på personer och personkännedom i stället för roller och funktioner. De har ett nära samarbete med vårdcentralen och har under hösten arbetat fram en lokal processbeskrivning där flöde och ansvar finns beskrivet. På vårdcentralen har en sjuksköterska uppdraget att verka som demenskoordinator med det övergripande ansvaret i processen. Demenskoordinatören har för detta uppdrag tilldelats tillgång och behörighet till all dokumentation både i kommunen och regionen.

Anhöriga

Kommunerna har ansvar att erbjuda anhörigstöd för att underlätta för de personer som hjälper och stödjer någon närstående. Som anhörig räknas enligt socialstyrelsens termbank personer inom familjen eller bland de närmaste släktingarna. Syftet med anhörigstöd är att minska personens fysiska och psykiska belastning så att risken för ohälsa

minskar. Vissa insatser erhålls enligt socialtjänstlagen genom biståndsbeslut, annan kan erhållas som service.

Inledande kontakt med anhöriga tas enligt de intervjuade i samband med uppföljningsbesök hos patienten och dennes familj. Anhöriga informeras då om sjukdomen samt det stöd som finns. De intervjuade ser i detta en positiv effekt av att kommunen ansvarar för uppföljningen av den demenssjuke då kommunerna också är de som ansvarar för anhängstötet.

Utbudet av anhängstöd varierar, enligt intervjuerna, i förhållande till kommunens storlek dock finns möjligheter till stöd i olika former i samtliga i granskningen ingående kommuner. Funktioner såsom exempelvis anhörigsamordnare eller anhängkonsulenter finns enligt uppgift från de intervjuade i alla kommuner. Gemensamt från samtliga intervjuer framgår att anhängstödet i respektive kommun fungerar väl.

Även inom Region Östergötland erbjuds enligt intervjuer stödaktiviteter för anhöriga såsom utbildning och informationsträffar vilka i regel sker i samverkan med kommunrepresentanter, demensteam etc.

Bedömning

Vår bedömning är att det på övergripande nivå finns rutiner som i allt väsentligt stödjer och reglerar processerna i vårdkedjan. Det finns dock i vårdprocessprogrammen avvikelser från Region Östergötlands övergripande vårdprogram för demens samt skillnader mellan de olika länsdelarna. Detta kan försvåra för vårdgivaren när det gäller att säkerställa följsamhet till aktuella regelverk och vård på lika villkor.

Avtalsefterlevnad behöver följas upp löpande och kan enligt vår uppfattning vara en del av ansvarig nämnds internkontroll.

Överlag saknas i kommunerna skriftliga direktiv och rutiner i enlighet med (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården vilket enligt vår bedömning inte är tillfredsställande. Med bristande rutiner kring remisshantering riskeras patientsäkerheten och exempelvis kan upprätthållande av vårdgarantin försvåras.

Ansvarig nämnd i respektive kommun som ingått i granskningen behöver som ansvarig vårdgivare utarbeta och fastställa rutiner för remisshanteringen i enlighet med (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården.

2.4. *Fungerar informationsöverföring mellan aktörerna?*

Enligt "Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland" ska vid överrapportering av patientinformation mellan vårdgivare, meddelandefunktionen i Meddix användas i första hand, om inte annat anges i PM eller lokal riktlinje. Meddix är ett webbaserat IT-stöd för i första hand samordnad vårdplanering och används av samtliga vårdgivare i regionen. I systemet finns en funktion för att skicka meddelanden mellan vårdgivare när patienten inte är inskriven i slutenvård.

Alternativt kan också "Vård till vård telefon" användas. Vid muntlig överrapportering rekommenderas SBAR (Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd och Rekommendation) som är en metod att lämna över och ta emot viktig information på ett strukturerat sätt. Verket ger struktur åt dialogen i vården.

I de tre vårdprocessprogrammen som vi granskat är det endast en länsdel som i sin processbeskrivning tydliggör hur informationsöverföring ska ske.

Trots rekommendationen i styrdokument på övergripande nivå framkommer i intervjuerna att Meddix inte används på avsett sätt. Till stor del sker informationsöverföringen muntligt på ett informellt sätt.

Vid intervjuer i både kommunerna och på vårdcentralerna lyfts informationsöverföring som ett problem. Flertalet av de intervjuade påpekar att det är ett problem med olika journalsystem och att information kan missas. I kommunerna har legitimerad personal i hemsjukvården läsbehörighet i Region Östergötlands journalsystem via Panorama. Regionen kan inte alls läsa i kommunernas journalsystem. Vi har dock i intervjuer informerats om att läsbehörighet i respektive journalsystem över huvudmannagränsen tilldelats ett antal personer.

Bedömning

Oavsett dokumentationssystem måste informationsöverföring fungera och det finns enligt vår bedömning behov av att utveckla fungerande rutiner för dokumentation och informationsöverföring.

Det är inte tillfredsställande att informationsöverföring inte sker enligt fastställda rutiner. Följsamhet till fastställda rutiner kring informationsöverföring både på övergripande nivå som på verksamhetsnivå behöver säkerställas.

De lokala lösningarna med systembehörighet behöver enligt vår bedömning ses över.

2.5. Finns fungerande samverkan mellan aktörerna?

På övergripande nivå finns ett samverkansforum "Ledningsgrupp vård och omsorg" I denna ledningsgrupp ingår kommunernas förvaltnings-/vård-/omsorgschefer samt regionens närsjukvårdsdirektörer, hälso- och sjukvårdsdirektör, tjänstemän från regionens ledningsstab samt sakområdessamrådets sekretariat. Gruppen träffas cirka två gånger per termin för att diskutera samverkansfrågor i allmänhet mellan Region Östergötland och kommunerna. De intervjuade uppger att de i allmänhet har positiva erfarenheter från dessa träffar.

En av de centrala rekommendationerna i de nationella riktlinjerna är organisationen av professioner och kompetenser, så kallade multiprofessionella team. Dessa team är på verksamhetsnivå grunden till samverkan över organisationsgränserna. Det finns på lokal nivå i respektive kommun samverkan och samverkansforum där personal från kommun och vårdcentral träffas. De intervjuade är överlag nöjda med den verksamhetsnära samverkan mellan vårdpersonal trots att det ibland finns olika tolkningar av exempelvis ansvarsfördelning. I kommunerna *Mjölby* och *Åtvidaberg* där samverkan till stor del bygger på personkännedom är de intervjuade mycket nöjda. Även i *Linköpings kommun* uppger de intervjuade att samverkan överlag fungerar bra och det finns forum och strukturer som stödjer detta. Exempelvis nämns vid intervjuerna att samverkan i vardagsarbete fungerar på ett bra sätt genom så kallade multidisciplinära team, men också vid mer formella strukturerade möten där gemensamma rutiner och processer diskuteras.

Hur samverkan fungerar uppfattas av de intervjuade i hög utsträckning vara kopplad till personer i stället för funktioner. Gemensamt för samtliga intervjuade inom både i kommunernas och regionens verksamheter är att samverkan har utvecklats och fungerar överlag bra.

Bedömning

Det finns enligt vår bedömning forum och förutsättningar för en ändamålsenlig samverkan både på övergripande och verksamhetsnära nivå.

I allt väsentligt finns rutiner och processbeskrivningar som enligt vår bedömning stödjer och underlättar samverkan kring enskilda patienter under förutsättning att dess följs. Enligt intervjuerna framkommer att samverkan överlag fungerar bra.

2.6. Finns fungerande kompetensutveckling/kunskapsstöd?

När det gäller kompetens och kunskapsstöd är det viktigt att det finns multiprofessionella team. Detta syftar till att säkerställa kontinuitet i vården och omsorgen, att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, att finna problem och hitta lösningar samt att den enskildes behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Regionen har enligt avtalet ansvar för att tillgodose konsultativt stöd, innefattande både medicinska och omvårdnadsrättsliga frågeställningar. Vidare har regionen ansvar att tillhandahålla patientrelaterade utbildningar, konsultationer och handledning.

De som i den centrala länsdelen inom kommun och på vårdcentraler praktiskt jobbar med demensutredning och uppföljning träffas vid ett antal tillfällen per år. Vid dessa träffar deltar läkare och demenssköterska från specialistenheterna för bland annat kunskaps-spridning, råd och stöd. Även konsultation i specifika ärenden kan ske vid dessa tillfällen. Dessa så kallade "demenskonsulträffar" har enligt intervjuade i Linköpings kommun inte kommit igång på samtliga vårdcentraler. Det finns dock andra forum för samverkansmöten mellan kommunens personal och vårdcentralerna där demensfrågor hanteras.

Även i den västra länsdelen träffas de som jobbar med utredning och uppföljning kontinuerligt i samma syfte som ovan, dvs. kunskaps-spridning, råd och stöd. Den handledning, vägledning och kompetensutveckling kring demens och demensvård som ges vid dessa tillfällen upplever de intervjuade som en positiv del i samverkan.

Inom Region Östergötland har olika utbildningssatsningar genomförts. Av intervjuerna i *Mjölby kommun* framgår att när det blev klart att vissa delar av demensvården skulle bli ett kommunalt ansvar i samband med hemsjukvårdsreformen anordnades via minnesmottagningen i Motala utbildningsdagar för berörd personal.

När det gäller den verksamhetsnära personalen uppger de intervjuade att olika utbildningssatsningar inom området sker löpande och att det genom samverkan i de multidisciplinära teamen ges möjligheter till handledning och kompetensutveckling löpande vid behov.

Bedömning

Det finns former och förutsättningar för kunskapsstöd och kontinuerlig kompetensutveckling genom nära samverkan i multiprofessionella team och personkännedom. Vidare finns tillgång till konsultativt stöd och handledning av läkare och sjuksköterska från specialistenheterna inom Region Östergötland.

2.7. Följs vårdkedjan upp och utvärderas?

I januari 2014 fick FoU- centrum för vård, omsorg och socialt arbete² i uppdrag av den då fungerande strategiska ledningsgruppen för kommunerna och Landstinget i Östergötland (SLG) att genomföra uppföljningen av avtalet om hemsjukvård. Uppföljningen ska ske årligen med början 2014 och sedan 2015 och 2016. I de årliga uppföljningarna ingår att samla in information om olika nyckeltal och rapportera resultatet till regionens ledningsgrupp, "Ledningsgrupp vård och omsorg".

Enligt information från representanter inom regionen har, i enlighet med hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2015, ett särskilt utredningsuppdrag getts rörande demensvården. Utredningsuppdraget innebär att följa upp den tidigare genomförda behovsanalysen, "Demens, ångest och depression hos äldre" från 2009. Utredningsuppdraget avser endast området demens. Syftet är att få en inblick i verksamhetens arbete kring vad som då lyftes som utvecklingsområden och slutsatser i den behovsanalysen samt de uppdrag som då formulerades till verksamheten.

Nationella Kvalitetsregister är ett system för uppföljning och utveckling av behandlingsresultat. De innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Registren byggs upp av de professionella yrkesgrupper som själva ska ha nytta av dem i sin yrkesvardag. SveDem (Svenska Demensregistret) är det nationella kvalitetsregister som används avseende demenssjukdomar. Syftet är att förbättra kvaliteten av demensvården i Sverige genom att samla in data för att kunna följa patientpopulationer, diagnoser och behandling vid demenssjukdom.

I regionens vårdprogram för demens ingår enligt checklistan registrering i SweDems kvalitetsregister som en åtgärd som skall vara vidtagen för en komplett utredning. Enligt "Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland" följer ansvar för att registrera i kvalitetsregistret SveDem läkaransvaret och åligger därmed regionen.

Enligt de intervjuade har ingen registrering i SweDem skett sedan hemsjukvårdsreformen, 2014, 2015 har dock viss registrering påbörjats i Mjölby. Anledningen till detta är enligt de intervjuade att hemsjukvårdsavtalet tolkas olika. Vårdprocessprogrammen ger inget klart stöd i ansvarsfördelningen vilket formellt innebär att det är avtalet som gäller vilket framför allt *Linköpings kommun* framhåller. Enligt intervjuerna har vårdcentralerna inte resurser för registrering efter skatteväxlingen. Enligt de intervjuade kommunrepresentanterna har de svårigheter att registrera då de inte har tillgång till all fakta som krävs vid registrering då dessa finns i regionens journalsystem.

Bedömning

Vår bedömning är att den kontinuerliga uppföljningen och utvärderingen i förhållande till gällande avtal och vårdprogram överlag inte är tillfredsställande i respektive organisation. Positivt är dock att uppföljningar är på gång både via FoU- centrum för vård, omsorg och socialt arbete och att hälso- och sjukvårdsnämnden, Region Östergötland, i sin verksamhetsplan 2015, har ett utredningsuppdrag kring demensvården.

² FoU Centrum för vård omsorg och socialt arbete är ett samarbete mellan kommunerna Boxholm, Kinda, Linköping, Motala, Mjölby, Vadstena, Ydre, Åtvidaberg, Ödeshög och Linköpings universitet. Uppdraget FoU Centrum har innebär i stort att stödja samverkan mellan forskning och praktisk verksamhet med utgångspunkt i aktuell och framtida samhällsutveckling.

Det är enligt vår bedömning inte tillfredsställande att i princip ingen registrering i kvalitetsregistret SveDem skett de senaste åren. Detta trots att det tydligt framgår av regionens övergripande vårdprogram att det är en del i en komplett demensutredning. Vidare är det förtydligt och framgår i ”Praktiska anvisningar för tolkning av hemsjukvårdsavtalet i Östergötland”.